



METODECENTRET
Center for Innovation & Metodeudvikling

Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning - en litteraturgennemgang

Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning - en litteraturgennemgang

Metodecentret
Center for Innovation og Metodeudvikling
Olof Palmes Allé 19
8200 Aarhus N

Helle Høgh
Specialkonsulent, Antropolog
Helle.Hoegh@stab.rm.dk

Udgivet maj 2017

Download på www.metodecentret.dk

Der kan frit citeres fra litteraturgennemgangen, korrekt angivelse er:

Høgh, H. 2017. Misbrugsadfærd blandt borgere med udviklingshæmning – en litteraturgennemgang. Metodecentret.

Forord

Litteraturgennemgangen er udarbejdet som led i et forstående udviklingsprojekt på voksen handicapområdet i Viborg Kommune. Målgruppe og fokusområde for projektet er voksne borgere med udviklingshæmning, der har et misbrug. Misbrug defineres bredt i projektet i forhold til indtagelse af legale og ikke legale former for rusmidler.

Mere konkret handler udviklingsprojektet om, at bostøtten i Viborg Kommune og Metodecentret vil oversætte og afprøve redskabet "The Behaviour Change Wheel" (BCW), som en ny tilgang til at arbejde med ændring af komplekse borgeres uhensigtsmæssige adfærd. BCW er en forholdsvis ny metaramme¹ udviklet i 2011 af den engelske adfærdsforsker Susan Michie og kollegaer fra University College London (Michie et. al, 2011, 2014). BCW er udviklet til at foretage effektive adfærdsændringer indenfor sundhedsområdet, og er ikke tidligere anvendt i en socialfaglig kontekst. På grund af BCW's generiske og helhedsorienterede tilgang til at forstå og skabe adfærdsændringer, vurderer vi at metarammen også vil være meget anvendelig på det sociale område.

Formålet med denne litteraturgennemgang er at finde viden og forskning, der peger på interventioner eller anbefalinger, der kan anvendes til at opnå effektive adfærdsændringer i forhold til at reducere eller ophøre misbrug blandt voksne med udviklingshæmning. Fundene skal anvendes til at informere arbejdet med BWC-rammen i tilrettelæggelsen af individuelt rettede interventioner og indsatser for konkrete borgere med udviklingshæmning og deres uhensigtsmæssige misbrugsadfærd. Litteraturgennemgangen er derfor primært målrettet personale i den kommunale bostøtte og misbrugscentre, men kan også fungere som informationsmateriale for området generelt.

Gennemgangen bygger på søgning af forskningsartikler i databaserne: PsykInfo og Pubmed.

Der er anvendt følgende søgeord: Intellectual disability, mental retardation, substance abuse, drug abuse, alcohol abuse, illicit drugs, treatment, intervention, prevalence. Søgeordene har indgået i titel, abstract eller tekst. Desuden er der anvendt en søgestreng bestående af: "drug abuse" OR "alcohol abuse" OR "substance abuse" OR "illicit drugs" AND "intellectual disability" OR "mental retardation" AND "prevalence" OR "treatment" OR "interventions".

Der er primært tale om fund af forskningsresultater fra USA, Storbritannien, Irland, Australien og Holland.

I forhold til målgruppen er det primære fokus udviklingshæmmede og misbrug, men da en betragtelig del af målgruppen også har en psykiatrisk diagnose, er litteratur omkring psykiatriske lidelser og personlighedsforstyrrelser også inddraget. For at afgrænse litteratursøgningen er litteratur, der kun omhandler dobbeltdiagnose (psykiatrisk diagnose og misbrug) ikke medtaget, ligesom specifikke diagnoserelaterede artikler omkring autisme og ADHD heller ikke er medtaget. Det samme gælder for kriminelle borgere i målgruppen. Disse emner ville kræve et udvidet eller særskilt projektfokus, og må inddrages som fremtidige indsatsområder.

¹ Metarammen bygger på en systematisk gennemgang af forskningslitteraturen om adfærdsændring, og er skabt gennem en syntese af de forskellige virksomme elementer, der er fundet.

Herudover er der fundet og medtaget flere rapporter eller artikler, der baserer sig på projektarbejde eller udviklingsarbejde. Publikationerne er fundet via søgning på Google og Google Scholar samt hjemmesider for konkrete centre eller organisationer fx Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen, Region Midtjylland samt enkelte kommunale hjemmesider. Søgeord har været udviklingshæmmede, misbrug, rusmidler, alkohol, stofmisbrug, behandling og indsatser.

Litteraturgennemgangen er ikke udtømmende, fordi formålet er at identificere interventioner, metoder eller redskaber, som kan bidrage til at skabe et vidensgrundlag for fagpersonale, så de vil kunne skræddersy praksisorienterede interventioner til den enkelte borger i målgruppen.

Litteratursøgningerne er foretaget i perioden 25. januar – 10. marts 2017.

Vi vil gerne sige tak for konstruktive kommentarer i forbindelse med udarbejdelsen til psykolog Tanja Wurcel fra Rusmiddelcenter Viborg, psykolog Birgitte Rybjerg, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og psykolog Steen Guldager, Socialpsykologisk Center.

Indholdsfortegnelse

Hvorfor sætte fokus på borgere med udviklingshæmning og misbrug?	2
Definitioner	4
Omfang af misbrug for målgruppen	6
Karakteristika og risikofaktorer for borgere med udviklingshæmning med misbrug.....	7
Funktion, årsager og effekt af misbrug.....	9
Borgernes egne udsagn	11
Virksomme interventioner og tilpasning til målgruppen.....	13
Evidensbaseret og konceptualiseret behandlingstilbud	13
Tilpasning af metoder og pædagogik i tilrettelæggelse af den generelle misbrugsbehandling	14
Fokus på tværfaglig viden og samarbejde samt den professionelles rolle	19
"Medmisbrug"	20
Handlemønstre i pædagogisk praksis.....	20
Stigmatisering	21
Tværfagligt samarbejde og behov for øget kompetenceudvikling.....	22
Tværasektorielt samarbejde og servicetilbud	23
Opsamling og anbefalinger til fremtidige indsatser	25
Litteraturliste	27

Hvorfor sætte fokus på borgere med udviklingshæmning og misbrug?

I de seneste årtier er der sket en stor omlægning af handicapområdet, hvor mennesker med funktionsnedsættelse i højere grad understøttes i at leve så normal en tilværelse som muligt. Normaliseringspolitikken har blandt andet betydet, at flere borgere med udviklingshæmning i dag bor i egen bolig og ikke længere på store centralinstitutioner. Det samfundsmæssige fokus på normalisering, medborgerskab og øget selvbestemmelse, har haft mange positive følger for de fleste udviklingshæmmede, men både den danske og internationale litteratur peger på, at der har været bagsider - misbrug af stoffer og alkohol er en af dem (Gruber og Andersen, 2001, Degenhardt, 2000, Slalyter, 2009). I takt med den større indflydelse på eget liv og rettigheder på linje med resten af befolkningen, har udviklingshæmmede fået adgang til rusmidler, både lovlige som alkohol og piller, og ulovlige som hash og andre former for euforiserende stoffer. I Danmark har pædagoger og andre hjælpepersoner hverken pligt eller ret til at kontrollere og bestemme over borgerens forbrug. Deres opgaver er at motivere og vejlede borgere med udviklingshæmning, men det er i sidste ende borgerens egen beslutning, hvordan vedkommende vil leve sit liv. For nogle borgere med udviklingshæmning fører forbruget af rusmidler til et decideret misbrug og afhængighed, der har store konsekvenser for deres livssituation. Der har været en tendens til at overse disse mere negative konsekvenser af normaliseringspolitikken, og kun få studier har i en dansk sammenhæng påpeget problemstillingen (Gruber og Andersen, 2001, 2006a, 2006b).

Det er kommuner og regioners opgave at tilbyde hjælp til behandling, hvis et egentligt misbrug og afhængighed af rusmidler forekommer. Mennesker med udviklingshæmning har, som alle andre borgere, ret til at modtage behandling for deres misbrug. De kan ikke afvises af behandlingssystemet med henvisning til deres funktionsnedsættelse, hvilket ville være i strid med FN's Handicapkonvention² og de gældende principper i den danske handicappolitik, om ligestilling og sektoransvar. Ligestillingsprincippet er et udtryk for antidiskrimination, hvilket betyder, at der ikke må ske en usaglig forskelsbehandling af den handicappede, fordi de skal ligestilles med andre (Gruber og Andersen, 2001). Det gælder også for behandlingsindsatsen mod misbrug. Den 1. juli 2005 blev der indført en behandlingsgaranti, som indebærer en ret for misbrugeren til at komme i behandling inden for 14. dag efter henvendelse³. Dette gælder også for borgere med udviklingshæmning.

Undersøgelser viser imidlertid, at behandlingssystemet ikke er gearet til at tage sig af borgere med udviklingshæmning med misbrug, og generelt har svært ved at rumme disse borgere (Gruber og Andersen, 2001, 2006, Gimbel, 2012). Gruber og Andersen peger på, at en af de store udfordringer er, at behandlingsindsatsen er præget af manglende tværfaglighed og samarbejde mellem sektorerne (Gruber og Andersen, 2006a, 2006b). De beskriver, at et typisk dilemma er, at socialfagligt personale ikke har sundhedsfaglig indsigt i, hvornår der er tale om et misbrug frem for et rekreativt forbrug (2006a). Der mangler kendskab til forebyggelsesindsatser, relevante behandlingsmuligheder, viden om skader samt effekter ved misbruget og de konkrete rusmidler. Omvendt oplever misbrugsbehandlere, at borgere med

² Danmark tiltrådte FN's Handicapkonvention i 2009.

³ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/temaer/misbrug/behandling/behandling>

udviklingshæmning ikke profiterer af deres behandling, bl.a. fordi de mangler viden om udviklingshæmmedes kognitive kompetencer, og der opstår let kommunikationsbarrierer mellem behandler og borger (2006b). Desuden udpeger de sektoransvarlighedsprincippet som en mulig problemstilling for, at borgere med udviklingshæmning og misbrug ikke får relevant behandling (Gruber og Andersen, 2001). Sektoransvarlighedsprincippet skal sikre, at handicappede (og andre borgere) har lige adgang til offentlige serviceydelser i den relevante sektor, som vedrører borgerens problemstilling. Ulempen ved sektoransvarlighedsprincippet kan dog være, at en myndighed kan afvise at tage sig af et problem, med henvisning til, at det hører under en anden myndighed. Gruber og Andersen peger på, at dette i høj grad er tilfældet i den danske sundhedssektor i forhold til borgere med udviklingshæmning (ibid).

De danske erfaringer understøttes af internationale studier. Hollandske forskere har påpeget, at der i behandlingsindsatsen er store formidlingsbarrierer, og at der generelt mangler relevant materiale til både forebyggelse og behandlingsindsatser for målgruppen (Duijvenbode, et.al, 2012, 2015, Hammink et.al. 2015). Fravær af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde udpeges også som en af de væsentlige årsager til, at borgere med udviklingshæmning ikke hjælpes tilstrækkeligt i deres situation (McGillicuddy, 2006, Day, et.al., 2005, Slayter, 2009). Her udpeges sektoransvar, og den manglende evne (eller vilje) til at 'placere' målgruppen som en central problemstilling. Er borgerne først og fremmet udviklingshæmmede med et misbrug, eller er de misbrugere som har et funktionshandicap? Engelske forskere påpeger, at denne form for 'silotænkning' i værste fald kan betyde, at der ikke er nogen, der reelt tager 'ejerskab' af målgruppens problemstilling i forhold til sektor og faggrupper, og borgerne derved bliver fastholdt i deres misbrugsadfærd (Day, Huxley, & Copello, 2005).

Samlet set peger både de danske og internationale studier på, at borgere med udviklingshæmning og et misbrug oftest ikke kommer i et relevant behandlingstilbud, og kan udvikle et mangeårigt misbrug med store sundhedsmæssige, personlige og sociale konsekvenser til følge. Litteraturgennemgangen peger på fire forhold, som er vigtige at tænke ind i en fremadrettet og helhedsorienteret social behandlingstilgang for at modvirke borgere med udviklingshæmning havner i denne situation:

1. Fokus på misbrugets funktion og årsager i det pædagogiske arbejde
2. Tilpasning af virksomme indsatser i misbrugsbehandlingen i forhold til borgerens behov og kognitive funktionsniveau
3. Fokus på tværfaglig viden og samarbejde samt den professionelle rolle
4. Sikre tværsektorielt og organisatorisk samarbejde

Definitioner

Vi ved reelt ikke ved hvor mange borgere med udviklingshæmning, der lever i Danmark. Socialstyrelsen oplyser på deres hjemmeside, at der skønnes at omkring 1-2% af befolkningen i Danmark er udviklingshæmmede⁴. Til at afgøre hvorvidt en borger kan kategoriseres som udviklingshæmmedet anvendes WHO's diagnoseliste ICD-10 (WHO, 2005). Her sondres der mellem forskellige grader af udviklingshæmning baseret på måling af intelligens⁵:

- Lettere grad: IQ-område 50-70
- Middelsvær grad: IQ-område 35-49
- Sværere grad: IQ-område 20-34
- Sværeste grad: IQ-område under 20

I den amerikanske diagnoseliste (DSM-V) opstilles tre overordnede kriterier for udviklingshæmning, som alle skal være til stede:

A: Mangelfuld udvikling af intellektuelle funktioner som ræsonnering, problemløsning, planlægning, abstrakt tænkning, dømmekraft samt teoretisk og erfaringsbaseret indlæring.

B: Mangelfuld udvikling af adaptive funktioner, som resulterer i nedsat evne til at opfylde udviklingsmæssige og sociokulturelle standarder for personlig uafhængighed og socialt ansvar. Uden vedvarende støtte vil den mangelfulde tilpasning begrænse funktionsevnen i en eller flere daglige aktiviteter som fx kommunikation og deltagelse i sociale aktiviteter og evnen til at klare sig selvstændigt i flere forskellige miljøer fx hjem, skole og på arbejde.

C: De intellektuelle og adaptive vanskeligheder viser sig i løbet af barndommen.

Begge definitions-kriterier er benyttet i den gennemgåede litteratur.

I de seneste år er betegnelsen udviklingshæmning i højere grad blevet erstattet af betegnelsen psykisk funktionsnedsættelse. I litteraturgennemgangen vil begge betegnelser blive anvendt. Betegnelsen intellektuel funktionsnedsættelse er anvendt i oversættelsen af de amerikanske diagnosekriterier i DSM-V.

Misbrug er et begreb, der ofte anvendes skønsomt. Der er en glidende overgang mellem rekreativt forbrug, overforbrug og decideret afhængighed. WHO har i ICD-10 udarbejdet overordnede kriterier for, hvornår der er tale om et misbrug, betragtet som hhv. skadeligt brug og afhængighedssyndrom⁶. Skadeligt brug er defineret ved:

1. Fysisk eller psykisk skade
2. Skaden er klart påviselig
3. Varighed mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år
4. Afhængighedssyndrom udelukkes

⁴ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/udviklingshaemning-i-tal>

⁵ <https://socialstyrelsen.dk/handicap/udviklingshaemning/om-udviklingshaemning/definitioner-og-kriterier>

Afhængighed er en såkaldt syndromdiagnose hvilket betyder, at hvis et bestemt antal symptomer er til stede, opfylder man betingelserne for at få diagnosen. ICD-10 foreskriver, at hvis tre eller flere af følgende faktorer har været til stede i mindst en måned eller gentagne gange inden for et år, så er der tale om et afhængighedssyndrom:

1. Man har en stærk trang til at indtage det pågældende rusmiddel
2. Man har en svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen af rusmidlet
3. Man har abstinenssymptomer pga. indtagelsen, eller man indtager rusmidlet for at ophæve eller undgå disse abstinenssymptomer
4. Toleransudvikling (man indtager mere og mere)
5. Rusmidlet har en dominerende rolle med hensyn til prioritering og tidsforbrug
6. Man fortsætter med at indtage rusmidlet på trods af erkendt skadesvirkning

Den amerikanske diagnose manual (DSM-V) har slået de to kriterier skadeligt forbrug og afhængighedssyndrom sammen i den seneste opdatering fra 2013. Listen indeholder 11 symptomkriterier for misbrug:

1. Man tager rusmidlet i større mængde eller over en længere periode end man først havde tænkt sig
2. Man har et vedvarende ønske om eller flere mislykkede forsøg på at skære ned på eller kontrollere forbruget
3. Man bruger en stor del af sin tid på aktiviteter, som er nødvendige for at skaffe rusmidlet eller komme sig af dets virkninger
4. Man har trang til eller et stærkt ønske om at indtage rusmidlet
5. Man har et tilbagevendende forbrug, som resulterer i manglende evner til at opfylde vigtige forpligtigelser på arbejde, i skolen eller i hjemmet
6. Man fortsætter forbruget på trods af vedvarende eller gentagne sociale eller interpersonelle problemer forårsaget af eller forværret af effekten af rusmidlet
7. Man opgiver eller reducerer betydningsfulde sociale, arbejdsmæssige eller fritidsrelaterede aktiviteter på grund af forbruget
8. Man bliver ved med at anvende rusmidlet i situationer, hvor det udgør en risiko for fysisk skade
9. Man fortsætter forbruget på trods af viden om et vedvarende eller tilbagevendende fysisk eller psykologisk problem, som sandsynligvis er forårsaget af eller forværret af rusmidlet
10. Toleransudvikling. Forstås ved at man har behov for betydelig forøgede mængder af rusmidlet for at opnå den ønskede effekt, eller betydelig nedsat effekt ved fortsat brug af samme mængde
11. Abstinens enten ved ophør eller reduktion af et langvarigt forbrug. Både de symptomer der kan udvikle sig efter ophør eller reduktion, og ved at indtage rusmidlet for at lindre eller undgå abstinenssymptomer

Listen anvendes til at specificere, hvor alvorlig stofforbruget er, afhængigt af antallet af symptomer der kan identificeres. To til tre symptomer indikerer en mild form for misbrug, fire til fem symptomer indikerer en moderat form for misbrug, seks eller flere symptomer indikerer en alvorlig form for misbrug.

Symptomindikatorerne kan anvendes til at screene borgere med udviklingshæmning i forhold til deres misbrug. ICD-10 revideres i 2018, hvor det forventes at de to nuværende kriterier vil blive slået sammen jf. DSM-V. Desuden findes der mange forskellige screeningsredskaber, hvoraf nogle er nævnt på side 15.

I litteraturgennemgangen anvendes både ICD-10 og DSM-V kriterierne for misbrug i de gennemgåede studier. Vi fastholder også betegnelsen misbrug, selvom begrebet er under opblødning indenfor behandlerområdet. Flere behandlere⁷ er begyndt at anvende *forbrug* og *overforbrug* som betegnelser for problemstillingen.

Omfang af misbrug for målgruppen

Omfanget af misbrugsproblemet blandt borgere med udviklingshæmning i Danmark er noget usikkert, og data er af ældre dato. I 2001 blev der foretaget en undersøgelse blandt fagpersonale i 32 kommuner, med henblik på at kortlægge omfanget af misbrug (Gruber og Andersen, 2001). På baggrund af undersøgelsen blev det vurderet, at ca. 6 % af målgruppen⁸ voksne med udviklingshæmning havde et misbrug. Denne andel af misbrugere var bemærkelsesværdig større end den skønnede andel af personer med et decideret misbrug i den generelle danske befolkning, som ifølge rapporten lå på 1-2% på dette tidspunkt. Det har ikke været muligt at finde nyere nationale tal end undersøgelsen fra 2001, men en del kommuner har selv foretaget interne undersøgelser omkring omfanget af misbrug blandt udviklingshæmmede. De nyeste data findes i en evalueringsrapport af Aalborg Kommunes VAMiS⁹ indsats, som er opgjort ved udgangen af 2016 (Schmidt-Kristensen, 2016). I rapporten estimeres der højere tal for målgruppen og forbruget af rusmidler for målgruppen ses som stigende. Mellem 25% og 60% af borgerne i målgruppen estimeres at have et problematisk forbrug af rusmidler. Sammenlignes tallene med den generelle danske befolkning, hvor det skønnes at 10% har et skadeligt forbrug af alkohol, og ca. 0,5 % har et stofmisbrug, anses målgruppens forbrug for alvorligt¹⁰.

Center for Rusmiddelforskning ved Aarhus Universitet har i 2012 foretaget en undersøgelse, der indikerer at 75% af stofmisbrugere og 50% af alkoholmisbrugere også har en psykiatrisk lidelse (Guldager m.fl. 2012). Der er ikke et specifikt fokus på, hvor mange af disse, der også er udviklingshæmmede. For at finde et brugbart svar på dette må vi se på de internationale studier.

Et australsk studie fra 2000 viser at forekomsten af psykiatriske problemstillinger er større hos mennesker med udviklingshæmning end i den generelle befolkning, og udgør mellem 41-67% af målgruppen (Degenhardt, 2000). Dette tal kan sammenholdes med en nyere hollandsk undersøgelse, der estimerer at ca. en tredjedel af populationen af udviklingshæmmede med et misbrug, også vil have en psykiatrisk

⁷ Interview med personale fra rusmiddelcentret i Viborg Kommune.

⁸ Målgruppen omfattede kun udviklingshæmmede, der modtog et kommunalt socialpædagogisk støttetilbud.

Undersøgelsen er behæftet med nogen usikkerhed, ligesom der kan stilles spørgsmål ved valg af indsamlingsmetode.

⁹ VAMiS står for "videnscenter for afhjælpning af misbrugsproblemer blandt særlige grupper", og omfatter en bred målgruppe af senhjerneskadede, psykiatriske og borgere med udviklingshæmning.

¹⁰ I rapporten refereres der til data fra KL (2012) og Sundhedsstyrelsen (2013).

diagnose (Swerts et.al, 2016). I det hele taget er der foretaget en hel del udenlandske prævalensstudier¹¹, der forsøger at vurdere omfanget af misbrug blandt udviklingshæmmede. Studierne forsøger at få greb om, hvor gruppen af borgere med udviklingshæmning med et misbrug placerer sig, sammenlignet med den generelle befolkning. En amerikansk litteraturgennemgang vurderer på baggrund af 37 forskningsartikler, at mennesker med udviklingshæmning generelt har en lavere grad af misbrug sammenlignet med den generelle befolkning. Men til gengæld er de, der anvender rusmidler, mere udsatte for at kunne udvikle deres forbrug til et decideret misbrug pga. deres nedsatte funktionsniveau (Shawna et.al., 2012). Der bør derfor være opmærksomhed på forebyggelse af overforbrug/misbrug blandt de borgere, der anvender rusmidler generelt. Europæiske prævalensstudier foretaget af hollandske forskere peger på, at ca. 3% af målgruppen har et misbrug af enten alkohol eller andre stoffer, hvilket er mindre end den generelle befolkning i Holland (Hammink, VanDerNagel, & van de Mheen, 2015).

På baggrund af litteraturfundene er der altså ikke en entydig opfattelse af, hvor omfattende problemstillingen omkring misbrug er for borgere med udviklingshæmning. Generelt må det konkluderes, at der hverken er stor eller solid viden omkring omfanget af misbrug. De opgørelser der findes, baserer sig på data af ældre dato, og nyere hollandske studier påpeger, at der generelt er meget stor variation i prævalensstudiernes metodologi, både hvad angår terminologi, indsamling og opgørelse (Hammink et.al., 2015). Et helt centralt kritikpunkt er, at langt de fleste undersøgelser rummer ensidige datakilder fra enten det socialfaglige område eller fra det sundhedsfaglige område. Men ofte er der ikke indhentet data fra begge kilder omkring den samme målgruppe (Vandernagel et al., 2014). Samtidig kan man stille spørgsmål ved, hvorvidt tallene giver et reelt billede, da mange borgere med misbrug måske ikke er i kontakt med, eller er kendt af de sociale- eller behandlingsmæssige tilbud (McGillicuddy, 2006). Det er også bemærkelsesværdigt, at det danske studie indikerer en markant højere forekomst af misbrug i målgruppen set i forhold til den generelle befolkning, end de internationale studier (Gruber, Andersen, 2001).

Det er en generel problematik for denne type undersøgelser, der primært baserer sig på selvrapportering, at der vil være mørketal og underrapportering. Men studierne giver alligevel relevant information i det de påpeger, at der er behov for udvikling på området og specialiserede indsatser. Samtidig giver de en vis indsigt i karakteristika og mulighed for identifikation af risikofaktorer i målgruppen.

Karakteristika og risikofaktorer for borgere med udviklingshæmning med misbrug

Misbrugsbehandling og det pædagogiske arbejde starter ikke først når et misbrug er konstateret. Forebyggelse af misbrug er et område, der hele tiden bør være fokus på for målgruppen. Prævalensstudierne kan bl.a. bruges til at udpege risikoprofiler, forstået som sårbare borgere i målgruppen, som kan have særligt behov for opmærksomhed i forhold til det forebyggende arbejde.

¹¹ Prævalensstudier henviser til antallet af personer med en given sygdom/diagnose på et givet tidspunkt med en afgrænset problemstilling.

I VAMIS-projektet i Aalborg fremgår det, at 53 borgere har været visiteret til behandlingstilbuddet. I projektet blev der foretaget en omfattende udredning af borgerne, som kan bruges til at få et indblik i målgruppen i en kommunal behandlingskontekst.

Aldersmæssigt fordelte borgerne sig mellem 18-83 år, hvoraf de fleste var mellem 26 og 55 år. Kønsfordelingen var 70% mænd og 30% kvinder og alle var i en eller anden form for offentlig forsørgelse dvs. førtidspension, kontanthjælp, sygedagpenge eller folkepension. I forhold til boformer kom ca. halvdelen fra botilbud, mens den anden halvdel boede i egen bolig – hvoraf de fleste modtog bostøtte. Udredningen af borgerne viste tre typiske årsager til den psykisk nedsatte funktionsevne: udviklingshæmning, personlighedsforstyrrelse og erhvervet hjerneskade. Cirka en tredjedel af borgere havde komorbide lidelser fx udviklingshæmning, personlighedsforstyrrelse og angst¹². De foretrukne rusmidler var alkohol, som 42,5 % benyttede. Desuden var kombinationen af alkohol og hash benyttet af 17,5%, ligesom blandingsmisbrug af mere end tre forskellige rusmidler blev anvendt af 17,5%. Hash alene blev benyttet af 10% og 12,5% af borgergruppen anvendte primært medicin og piller evt. i kombination med alkohol. Den danske undersøgelse fra 2001 viste et sammenligneligt mønster med flest mænd 73%, som misbrugere. Men flere borgere (65%), boede i egen bolig og fik bostøtte (Gruber og Andersen, 2001).

I de fleste internationale studier tegner der sig et lignende mønster, og flere studier har forsøgt at tegne risikoprofiler for særligt udsatte borgere i målgruppen (Carrol Chapman & Wu, 2012; Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007a, Swerts et.a., 2016, Didden et al., 2009). Det er primært mænd med komorbide lidelser, der udvikler misbrug. Alkohol er et af de mest anvendte rusmidler ofte i kombination med andre euforiserende stoffer (Swerts et.al., 2016). Hash alene er oftest anvendt af unge i målgruppen (To et.al., 2014). Personer der har været udsat for traumatiske oplevelser og seksuelle overgreb har forhøjet risiko for at udvikle et misbrug (Carroll Chapman & Wu, 2012; Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007a).

Et hollandsk studie peger på, at unge mænd, der har let udviklingshæmning, som bor alene og har en psykiatrisk diagnose, især er i risiko for at udvikle en misbrugsadfærd (Didden, et. al., 2009). Problemstillinger med skizofreni, personlighedsforstyrrelse og antisocial adfærd, aggression og humørsvingninger bliver også forbundet med risiko for at udvikle en misbrugsadfærd (Carrol Chapman & Wu, 2012). På grund af denne undergruppes kompleksitet (altså både udviklingshæmning, psykiatrisk diagnose og misbrug) og deres generelt dårligere behandlingsprognose påpeger flere studier, at der kræves særlig opmærksomhed i forhold til de interventioner, der anvendes i behandlingen (Degenhardt, 2000; Didden, Embregts, van der Toorn, & Laarhoven, 2009). Derudover kommer eventuelle somatiske lidelser, hvoraf nogle er direkte følger af et længerevarende misbrug.

I en anden hollandsk undersøgelse sammenlignes forskelle og ligheder mellem en gruppe borgere med let udviklingshæmning og misbrugsproblemer med en lignende gruppe borgere uden et misbrugsproblem (Didden et al., 2009). De to grupper undersøges i forhold til copingstrategier, emotionelle problemer og adfærdsvanskeligheder. Forskerne kunne ikke se en forskel i forhold til copingstrategier, mens der var en tydelig forskel i forhold til emotionelle og adfærdsvanskeligheder. Gruppen med et misbrug var mere

¹² I evalueringsrapporten nævnes også andre psykiatriske lidelser fx paranoid skizofreni, organisk demens, traume, socialfobi, tourette, bipolar affektiv lidelse, depression, anoreksi, atypisk autisme og OCD.

angste og deprimerede, udviste en højere grad af aggressiv og normbrydende adfærd, havde flere indgribende tanker, flere antisociale personlighedsproblemer, mere hyperaktivitet og flere eksternaliseringsproblemer. Forskerne bag studiet peger på, at borgere med misbrug og udviklingshæmning ser ud til at have mindre veludviklede kompetencer til at kunne slappe af, og i mindre grad evner at engagere sig i forskellige aktiviteter, når de er stressede. Hvorvidt brug af rusmidler er et middel til at håndtere angst og depression eller årsag til aggressiv adfærd hos borgeren, giver undersøgelsen ikke svar på.

Netop misbrugets funktion og de bagvedliggende årsager fremhæves som vigtige at fokusere på i en helhedsorienteret social misbrugsbehandling (Gimbel, 2012, Socialstyrelsen, 2016).

Funktion, årsager og effekt af misbrug

Et centralt omdrejningspunkt i meget af litteraturen omkring misbrugsbehandling er, hvilken funktion misbruget har for borgeren. Misbrugets funktion kan være med til at adressere de bagvedliggende årsager til misbruget. Udgangspunktet for at se på misbrugets funktion for borgeren, er at forsøge at forstå misbruget fra borgerens perspektiv, og anerkende at misbruget kan være en del af borgerens løsningsstrategi i forsøget på at 'gøre sit bedste' på det givne tidspunkt. Denne tilgang til borgerens misbrug er undersøgende i stedet for at være fordømmende. Samtidig isolerer denne tilgang ikke misbruget til én problemstilling, men ser misbruget ud fra et helhedsorienteret perspektiv, der kan rumme flere sociale problemstillinger. Studiet fra Center for Rusmiddelforskning fandt fx, at langt størsteparten af de undersøgte borgere havde diagnosticerbare lidelser, der var ældre end misbrugsdebut (Guldager et al., 2012). Det indikerer at rusmiddelafhængigheden oftest er en symptomidelse, hvorfor det ikke virker kun at adressere misbruget.

Ud fra denne tænkning er en grundlæggende forudsætning for at kunne iværksætte en virksom behandlingsindsats, at fagpersonerne får et indgående kendskab til borgerens adfærd og den underlæggende funktion misbruget har (Gimbel, 2012). I hvilke situationer er det, der misbruges, og hvad har den enkelte ud af misbruget? Kan der tales 'rundt om' misbruget fremfor 'ind i' misbruget? Hvornår lykkes borgeren med noget, hvornår går det galt?

Nogle af de typiske funktioner misbruget kan have for borgeren er: selvmedicinering, tryghed, skabe struktur og indhold i hverdagen samt et socialt aspekt (Hammink et al., 2015). Forbruget kan have en funktion i at regulere (og evt. reducere) negative oplevelser, og kan betragtes som en undgåelsesadfærd eller copingstrategi i forhold til negative oplevelser i livet (Didden et al., 2009). Rusen tilbyder at flytte opmærksomheden væk fra borgerens problemer fx ensomhed, stress og anspændthed, utilstrækkelige kognitive kompetencer, nederlag i sociale sammenhænge mv. På den måde kan misbruget også have en funktion i forhold til at skabe tryghed, især hvis borgeren ikke har en stærk tilknytning til familie eller venner. I det hele taget er det sociale ofte centralt i forhold til at bruge rusmidler, hvor det handler om ønsket om at 'passe ind' og blive socialt inkluderet i et fællesskab (Gimbel, 2012).

Ud fra de gennemgåede studier ved vi ikke specielt meget om, hvad der er årsag til, at borgeren udvikler et misbrug. VAMIS-projektet i Aalborg Kommune er et af de projekter, der har lavet en grundig udredning af deltagernes baggrund, og kan give en vis indsigt i de bagvedliggende årsager. Via screening og udredning fremstår 80% af borgerne med problemstillinger som følge af en belastet opvækst, der er præget af omsorgssvigt, psykisk og fysisk vold, alkoholproblematikker, psykiske problemstillinger, opvækst på institutioner, ensomhed og mobning (Schmidt-Kristensen, 2016). Yderligere 12,5% er belastet af at være blevet seksuelt misbrugt som barn/ung. Kun 5% af borgerne i projektet angiver, at have haft en god og tryk opvækst. Effekten af den belastede opvækst kobles i evalueringen sammen med borgernes problemstillinger af psykisk eller social karakter, herunder særligt: ensomhed, lavt selvværd og selvtillid, selvmordstanker og selvmordsforsøg, forvirring over identitet eller tab af identitet, depressive tanker, mismod og håbløshed, social usikkerhed, dårlig søvn præget af mareridt, tragiske dødsfald i familien, tvangsfjernelse af egne børn, voldelige forhold, dårlig økonomi og kriminalitet (ibid). Borgernes sociale netværk fremstår for de fleste som yderst spinkle, og ofte udgør professionelle en stor del af netværket. Nære venner og familie er fraværende, eller også er forholdene præget af borgerens misbrug, hvor de pårørende i perioder fravælger kontakt med borgeren. Det ses altså et mønster af komplekse årsager og effekter, der vurderes at have stor betydning for udvikling af borgerens misbrug.

Desværre har anvendelsen af rusmidler den selvforstærkende effekt, at borgerens i forvejen nedsatte kognitionsniveau påvirkes yderligere, fx deres overblik, impuls kontrol, konsekvensberegning, så deres funktionsniveau bliver dårligere end det er i udgangspunktet. En nordisk undersøgelse af borgere med udviklingshæmning med misbrug har netop set på det aspekt. En gruppe socialarbejdere blev bedt om at rapportere deres borgeres adfærd, når de var under indflydelse af rusmidler (Taggart, et. al., 2006)¹³. Cirka 70% af målgruppen blev rapporteret som konfronterende i deres adfærd. Humørsvingninger lå på samme niveau, men var kendetegnet ved, at 45% af gruppen også havde en psykiatrisk diagnose. Selvmordstanker blev rapporteret for ca. 30% af målgruppen, her havde den største andel også en psykiatrisk diagnose. Cirka halvdelen af målgruppen ansås for at blive 'udnyttet' af andre 'såkaldte venner'. Analyseres de samme data for køn viste det sig, at 82% af den udnyttede gruppe bestod af kvinder. Udnyttelsen var primært af seksuel, fysisk og psykisk samt økonomisk karakter (ibid.). Der bør derfor være et særligt opmærksomhedspunkt for udviklingshæmmede kvinder med et misbrug i forhold til denne problemstilling. Kriminalitet var også en adfærd der fyldte en del i målgruppen, ca. en tredjedel havde problemer med at overholde loven og var jævnligt i kontakt med politiet. Det var næsten dobbelt så mange mænd som kvinder i denne gruppe.

Der mangler fortsat forskning om, hvordan misbrug og adfærds- samt emotionelle problemer er relateret (Didden, et.al., 2009). For eksempel kan angst og depression både være et resultat af, og en årsag til misbruget. Omvendt øges aggressiv adfærd væsentligt, hvis borgeren er påvirket. Det ses bl.a. i forhold til de mange borgere i målgruppen, der også har en dom (Shawna, Capman, Wu, 2012).

De fleste undersøgelser omkring borgerens misbrugsadfærd bygger på observationer eller afrapporteringer fra fagpersonale og ikke fra borgerne selv. Der er kun fundet to studier, der bygger på interviews med

¹³ Undersøgelsen baserer sig på 67 personer.

borgere med udviklingshæmning om deres misbrug. Her undersøges borgernes egen forklaring på funktion, årsag og effekt af misbruget.

Borgernes egne udsagn

I 2007 blev der gennemført et studie i Nordirland, der byggede på interviews af 10 udviklingshæmmede om hvorfor de brugte rusmidler, og hvilken effekt det havde på deres trivsel (Taggart, McLaughlin, Quinn, & McFarlane, 2007b). De interviewede var syv kvinder og tre mænd i alderen 28-52 år, hvoraf fire havde en psykiatrisk diagnose. Syv anvendte kun alkohol, resten havde blandingsmisbrug af alkohol, piller og ikke legale stoffer. Alle havde et længerevarende misbrug over 5 år. I angivelsen af årsager til at bruge rusmidler var det overordnede tema for alle interviewede, at det var 'selvmedicinering' mod negative livserfaringer. De negative erfaringer handlede dels om psykosociale traumer som dødsfald, seksuelle overgreb og voldelige forhold samt økonomisk udnyttelse. Rusmidlerne dulmede smertefulde erindringer om tab, sorg, fortvivelse, forvirring og sårbarhed. De negative erfaringer handlede også om social isolation, forstået som fravær af kammerater og ikke at have nære venner. At føle sig ensom i tilværelsen og have lidt mange sociale nederlag. Rusmidlerne kunne også være en måde at finde 'venner' på. Men flertallet af de interviewede havde oplevet at blive udnyttet af de såkaldte 'venner', som var folk de drak sammen med på gaden, i pubs eller i deres egen lejlighed. 'Vennerne' brugte deres lejlighed, deres penge, spiste deres mad, brugte deres personlige ejendele og i nogle tilfælde blev borgeren også seksuelt udnyttet. Trods viden om potentiel udnyttelse, var flere af de interviewede borgere villige til at tage den risiko, mod at have selskab og ikke være alene.

De interviewede borgere oplevede alle, at misbruget havde effekt på deres liv. Både deres fysiske og psykiske helbred blev dårligere. Nogle blev deprimerede, fik selvmordstanker eller trang til at skade sig selv fysisk. Det havde også økonomiske konsekvenser, nogle havde mistet deres hjem pga. deres misbrug. Brudte relationer til familie eller partner var andre negative effekter af misbruget pga. hyppige skænderier og aggressiv adfærd fra borgerens side.

Syv af borgerne havde forsøgt at deltage i gruppetilbud i den almindelige misbrugsbehandling, men havde ikke haft glæde af det, og var hurtigt droppet ud. Blandt andet, fordi de ikke ønskede at fortælle deres historie i en forsamling af mennesker, de ikke kendte. Opfordringen fra det nordirske studie er, at der bør være et større tværfagligt samarbejde omkring og med borgere med udviklingshæmning og deres misbrug. Der er behov for en helhedsorienteret tilgang til borgeren, der kan adressere de negative livserfaringer mange bærer rundt på, som kan være årsager til misbruget (ibid).

I en dansk sammenhæng er der i 2012 foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse blandt 7 borgere med udviklingshæmning, seks mænd og en kvinde i alderen 25-40 år (Gimbel, A., 2012). Alle havde en IQ på 70 eller en adfærd, der kan sidestilles med udviklingshæmning. Alle borgere havde haft et længerevarende misbrug, primært alkohol og blandingsmisbrug samt en enkelt med heroinmisbrug. Alle borgere havde været ude af deres misbrug i mindst 6 måneder før interviewene blev foretaget. Formålet med interviewene var at få afdækket, hvad der motiverede borgerne til at komme ud af deres misbrug, samt få kendskab til hvilken funktion misbruget havde haft for dem.

De fleste af de interviewede forklarede, at de blev introduceret til rusmidlerne af andre. De begyndte at indtage rusmidlet som en del af et socialt fællesskab, hvor samværsformen betød, at man indtog rusmidler. Til trods for at adfærden startede i en social sammenhæng, førte det længerevarende misbrug efterhånden til ensomhed og social eksklusion. Ensomhed blev kædet sammen med kedsomhed, som tre af borgere fremhævede som årsagen til, at de fortsatte deres misbrug.

Flertallet af de interviewede fortæller, at det var noget 'udefrakommende', der medvirkede til deres ophør af misbruget, og ikke en 'indre' trang. Det er meget forskellige faktorer, der nævnes fx en varetægtsfængsling, komme på sygehuset med et brækket ben, trussel om at blive smidt ud af sin bolig, ønsket om at kunne se sine børn. Ganske bemærkelsesværdigt er det, at ophøret af misbruget for flertallets vedkommende skete fra den ene dag til den anden. En væsentlig faktor i at komme ud af misbruget var for alle borgere, at der blev sat noget andet i stedet for misbruget. Noget andet at udfylde sin dag med eller se frem til fx beskæftigelse, hobbyaktiviteter eller noget man godt kunne tænke sig at lave, når man var rask nok til det. Hvis ikke der var indhold og struktur i hverdagen, kunne problemerne og kedsomheden komme til at fylde og føre til et genoptaget misbrug, var borgernes vurdering.

Motivationen til at stoppe og fastholde ophøret, var ønsket om 'ikke at svigte nogen'. Dem man ville 'svigte' var fx ens læge, ens børn og familie eller de pædagoger, der havde hjulpet og været personligt engagerede i at ændre på misbrugsadfærden. Det kan være en væsentlig læringspointe, der bør undersøges i det konkrete behandlingsarbejde - hvorvidt borgerene ønsker at holde op af hensyn til nogle andre end sig selv?

Et andet centralt element, der fremgik af borgerinterviewene var, at de ikke havde behov for at tale om misbruget de engang havde. De ønskede at 'lukke døren' til fortiden og komme videre. Det kan derfor kræve pædagogiske overvejelser om læringstilgangen, hvis det viser sig, at borgere i målgruppen ikke nødvendigvis ønsker at drage læring fra gang til gang, når de falder i et misbrug. Ligesom borgerne gav udtryk for, at de havde brug for at få klar besked fx: "Klar besked om, at det her kan man dø af, ikke al det der pædagog snak" (citat fra Gimbels interview, 2012).

Vigtigheden af at flytte fokus væk fra misbruget til 'noget andet', og ikke italesætte det hele tiden, er nogle af de væsentlige pointer fra borgerinterviewene. Men ellers afspejler borgerinterviewene og litteraturen generelt, at borgere med udviklingshæmning naturligvis er lige så forskellige som alle andre mennesker. Det de har til fælles er, at der er behov for nogle særlige hensyn der må tages, hvis de skal reducere eller komme ud af deres misbrug. Det er en kompleks målgruppe, hvor der er mange mulige variable på spil for den enkelte borger både kognitive, psykiske, sociale, økonomiske og misbrugsrelaterede problemer. Netop derfor må der tilrettelægges en indsats, der kan tage højde for den varierende kompleksitet hos målgruppen, og som forholder sig til det hele menneskes livsforhold og situation, frem for kun at se på misbruget.

Virksomme interventioner og tilpasning til målgruppen

En af de væsentligste årsager til, at borgere med udviklingshæmning og misbrug ikke er i et behandlingstilbud, eller hurtigt frafalder behandling er, at tilbuddet ikke er tilpasset deres særlige behov (Slayter, et.al, 2009). Borgere med nedsat funktionsevne er kendetegnet ved intellektuelle begrænsninger og vanskeligheder ved at gennemskue og fungere i sociale sammenhænge, hvilket er væsentlige faktorer, der må medtænkes i forhold til at tilrettelægge en social misbrugsindsats.

Nogle af de mest almindelige udfordringer borgere med udviklingshæmning har problemer med er beskrevet som:

nedsat hukommelsesevne, nedsat koncentrationsevne, mindsket opmærksomhed, vanskelighed ved at overskue situationer samt planlægge, igangsætte og vedligeholde aktiviteter. Lavere omstillingsevner, begrænset konsekvensberegning samt problemløsning og forestillingsevne. Manglende motivation, sproglige udfordringer (både i forståelse og udtryk), manglende mentaliseringsevne, forlænget bearbejdnings tid, svært ved at navigere i følelser, genkende følelser og aflæse andres følelser. Problemer med tilpasning af adfærd og situationsfornemmelse, manglende impuls kontrol og behovsudsættelse, og lader sig let påvirke af andre (Didden et al., 2009; Swerts et al., 2016).

Alle faktorer der må være opmærksomhed på i en behandlingssammenhæng. Flere studier fremhæver nødvendigheden af faglig refleksion omkring metodevalg, som meget vigtigt i forhold til målgruppen, fx vil behandling baseret på et højt kognitivt niveau og psykodynamiske tilgange være et "forkert" og meget lidt effektivt metodevalg (Degenhardt, 2000; Hammink et al., 2015).

Der ser ud til at være generel tilslutning til, at ca. en tredjedel af målgruppen vil have såkaldt 'triple trouble', dvs. både udviklingshæmning, psykiatrisk diagnose og misbrug. Derfor er kompleksiteten i forhold til behandling og tilrettelæggelse af indsatsen øget og fordrer en højere grad af tværfaglighed (Didden et al., 2009). I Holland har der netop været forskningsmæssig fokus på denne komplekse problemstilling (Duijvenbode et al., 2015; Hammink et al., 2015; Nagel et al., 2014; Swerts et al., 2016; Vandernagel et al., 2014). Forskningen har bidraget til at udvikle et evidensbaseret behandlingskoncept¹⁴ målrettet til gruppen af 'triple trouble' borgere.

Evidensbaseret og konceptualiseret behandlingstilbud

Der findes ikke mange evidensbaserede metoder og behandlingstilbud, der er konkret rettet mod målgruppen borgere med udviklingshæmning med misbrug. Organisationen Trajectum i Holland har gennem flere år udviklet et evidensbaseret behandlingstilbud til institutioner målrettet udviklingshæmmede med misbrug, der også har en psykiatrisk diagnose. Der skal købes licens til at kunne anvende behandlingskonceptet, hvorfor materialet ikke ligger offentligt tilgængeligt. VAMIS-projektet i

¹⁴ Trajectum se <http://www.trajectum.info/>

Aalborg Kommune¹⁵ har oversat og tilpasset konceptet til en dansk kontekst, og har erhvervet de danske licensrettigheder til konceptet. Konceptet består af 45 moduler, der er indpasset i forskellige forløb:

1. Udredning og screening af borgeren (kognition, rusmidler, psykiske lidelser, social anamnese)
2. Motivationsforløb
3. Læringsforløb
4. Mestringsforløb

I hvert forløb tilbydes individuelle samtaler, psykomotorisk terapi og rollespil som basisydelser. Desuden er der i den danske version af konceptet mulighed for at få individuel samtalerapi, musikterapi og kropsterapi, som en del af behandlingsforløbet.

Der foretages en grundig udredning, der er planlagt til at tage 10 uger. Herefter tilrettelægges en målrettet behandling for borgerne. Selve behandlingsforløbet er opdelt i et motivations-, lærings- og mestringsforløb som gennemføres i små grupper af fire borgere og to medarbejdere, eller individuelt hvis gruppebehandling ikke er ideelt for borgeren. Psykomotorisk terapi og rollespil anvendes i alle moduler i behandlingsforløbet, hvilket er med til at understøtte borgerens indlæring. Der er udarbejdet en udførlig medarbejdermanual med en nøjagtig beskrivelse af hver del af behandlingskonceptet. Ligesom der er udarbejdet en deltagermappe til borgerne i et forenklet og konkret sprog og med visuelt materiale. Erfaringerne efter de tre første år med anvendelse af behandlingskonceptet er evalueret positivt, både i forhold til, at flertallet af borgere har reduceret deres forbrug af rusmidler, forbedret deres trivsel og har færre konflikter. Desuden er det lykkedes at fastholde 67% af borgerne i tilbuddet, hvor tallet ligger på 30% i det ordinære misbrugstilbud (Schmidt-Kristensen, 2016).

Som nævnt er behandlingskonceptet koblet til licensrettigheder. Der vil derfor være mange kommunale behandlingstilbud, der ikke vil have ressourcer til eller prioritere at betale for ydelsen. I stedet kan den generelle tilgang til misbrugsbehandling tilpasses i forhold til metoder, sprogbrug, form og ikke mindst involvering af det pædagogiske personale i et tværfagligt samarbejde. Meget af den gennemgængende litteratur handler om det.

Tilpasning af metoder og pædagogik i tilrettelæggelse af den generelle misbrugsbehandling

Der er generelt enighed om, at hvis standardtilbuddet til misbrugsbehandling skal anvendes til borgere med udviklingshæmning, er der behov for at lave en særlig tilpasning til målgruppen, samt et behov for øget tværfagligt samarbejde (Hammink et al., 2015). Der er også fokus på, at der må arbejdes med en mere helhedsorienteret tilgang til borgerens problemstillinger, hvor der ikke ensidet fokuseres på borgerens misbrug, men på borgerens samlede situation. Det er vigtigt, at behandlingen af misbrug er tænkt ind i borgerens hverdag og det socialpædagogiske arbejde med og omkring borgeren.

Ligesom i behandlingskonceptet fra Holland peges der på en vis forløbslogik i indsatsen i form af:

1. udredning af borgeren omkring misbrug

¹⁵ <http://www.aalborg.dk/sundhed-og-sygdom/misbrug/vami>

2. behandlingstilgang og metodevalg
3. læring samt mestring

1. Udredning af borgeren omkring misbrug

Hvis en borger skal profitere af en behandlingsindsats, er det vigtigt, at der findes en tilstrækkelig god og opdateret udredning af borgeren. Ideelt set bør der være information om borgerens kognitive funktionsevne, kommunikationsevner, udviklingsniveau og komorbide lidelser før selve behandlingen begynder. Det er imidlertid sjældent tilfældet, at disse informationer foreligger, hvilket kan være en barriere for effektiv behandling (Gimbel, 2012). Der findes flere screeningsredskaber og tests, som kan anvendes til at kortlægge både graden af udviklingshæmning og misbrugsadfærd. I den gennemgåede litteratur er flere screeningsredskaber blevet fremhævet i forhold til målgruppen udover kriterierne i ICD-10 og DSM-V, som tidligere er nævnt.

Flere screeningsredskaber er oversat til dansk. Redskaberne måler forskellige kognitive domæner fx opmærksomhed, koncentration, eksekutiv funktion, hukommelse, abstrakt tænkning mv. Til at udrede voksne for udviklingshæmning anvendes WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale) til at måle intelligens, MoCA¹⁶ (Montreal Cognitive Assessment) er et andet og mindre omfattende screeningsinstrument, der er designet til at registrere lettere kognitive forstyrrelser. Et andet redskab der kan anvendes til at udrede for psykiatriske problemstillinger som depression, selvmordstanker, angst, tvangstanker mv. er M.I.N.I (Mini Neuropsykiatrisk Interview). I VAMiS-projektet har man anvendt en dansk version af AUDIT (The Alcohol Use Disorder Test) og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) til at vurdere borgerens misbrug. Aalborg Kommune har også oversat et hollandsk screeningsredskab til udredning af misbrug blandt borgere med let udviklingshæmning SUMID-Q (Substance Use in Individuals with Mild Intellectual Disability – Questionnaire). Redskabet analyserer fysiske, psykiske og sociale tegn hos borgeren (Hammink et al., 2015). Derudover er der en lang række testredskaber, der kan anvendes i forhold til selve den psykiske funktionsnedsættelse og eventuelle komorbide problemstillinger fx psykiatrisk diagnose eller somatisk sygdom, neuropædagogisk screening mv., som ikke er medtaget i denne litteraturgennemgang. Fælles for alle disse screeningsredskaber er, at de skal anvendes med omtanke og evt. tilpasses i forhold til borgerens funktionsniveau, så borgeren ikke kommer til at føle sig stigmatiseret, og evt. kan opleve et potentielt nederlag.

2. Behandlingstilgang

Flere eksisterende metoder og redskaber i den almene behandlingsindsats kan tilpasses til borgere med udviklingshæmning. Generelt fremhæves det, at en positiv og anerkendende tilgang er væsentlig fremfor en korrigerende og konsekvenspædagogisk tilgang overfor borgere med udviklingshæmning (Degenhardt, 2000, Gimbel, 2012, Frielink et.al., 2013).

Den motiverende samtale

Den motiverende samtale fremhæves som en velegnet metode, der med tilpasning kan anvendes til målgruppen (Frielink et. al, 2013, Schmidt-Kristensen, 2016).

¹⁶ MoCA er oprindeligt udviklet til at screene for demens.

Den motiverende samtale er en evidensbaseret metodisk tilgang, der ofte anvendes i den generelle misbrugsbehandling. Samtalemotoden er udviklet af psykologerne Miller og Rollnick med det formål at motivere alkoholikere og stofmisbrugere til at ændre adfærd (Miller og Rollnick, 2002). Den motiverende samtale er borgercentreret og har særlig opmærksomhed på relationen mellem borger og fagperson.

Metoden bygger på nogle grundantagelser om:

- at fagpersonen skal samarbejde med borgeren frem for at konfrontere borgeren
- at fagpersonen skal frembringe borgerens egen motivation til forandring via spørgende og undersøgende samtale i stedet for at installere motivationen i borgeren (dvs. overtale borgeren)
- at fagpersonen skal understøtte borgerens autonomi frem for sin egen autoritet

Via forskellige spørgeteknikker skal fagpersonen forsøge at frembringe borgerens egne argumenter og grunde til at skabe forandring og støtte borgerens tro på egne evner. Det betyder også, at fagpersonen skal undgå diskussion, fordi det vil få borgeren til at bevæge sig i den forkerte retning og kan forstærke følelsen af nederlag (Rosdahl, G. 2013).

I forhold til at arbejde med borgere med udviklingshæmning stiller denne metodiske tilgang krav til den fagprofessionelles kommunikationsevner. I et studie fra 2013 undersøger hollandske forskere, hvilke tilpasninger der må ske for at de motiverende samtaleteknikker kan anvendes succesfuldt i behandlingen af borgere med udviklingshæmning (Frielink et.al., 2013). I studiet er de basale samtaleteknikker i den motiverende samtale undersøgt via fokusgruppeinterview med fagprofessionelle, borgere med udviklingshæmning og familie til borgerne.

Generelt anbefales det:

- at sprogbrugen skal være konkret, klar og i korte sætninger
- at der kun stilles et spørgsmål ad gangen
- at fagpersonen opsummerer ofte og mellem forskellige emner
- at bede borgeren om at opsummere og klargøre aftaler
- at fagpersonen anerkender, at borgeren kan have svært ved at forstå spørgsmålene og sætte ord på følelser eller finde struktur i sproget

Den motiverende samtale nævnes ofte sammen med en anerkendende kommunikation og træning af borgerens forskellige kompetencer via kognitiv adfærdsterapi. I VAMiS-projektet i Aalborg Kommune har den motiverende samtale været den grundlæggende tilgang og kommunikationsmetode med borgerne i behandlingstilbuddet. Metoden er evalueret som en særdeles effektiv måde at omgås borgere med nedsat psykisk funktionsevne på. Det vurderes, at tilgangen har været medvirkende til at skabe tryghed for borgeren, som har medført, at borgeren har turdet åbne op for at tale om misbruget og de kaotiske og komplekse problemstillinger dette medfører (Schmidt-Kristensen, 2016). Tilgangen kan anvendes både i individuelle samtaler og gruppeterapi.

Vurdering af parathed

Udover den motiverende samtale anvendes forandringscirklen (Procahaska og DiClemente, 1986) også i den generelle misbrugsbehandling. Både til en teoretisk forståelse af hvad der er på spil, når mennesker skal forandre sig, og som et redskab til at understøtte forandringsprocesser. I forandringscirklen anskues motivation som en tilstand af forskellige stadier af parathed til forandring:

1. Førovervejelsesstadiet (ikke erkendt sit misbrug)
2. Overvejelsesstadiet (ambivalens omkring misbruget)
3. Beslutningsstadiet (kan se misbruget som en barriere for andre ting i livet)
4. Handlingsstadiet (aktive handlinger)
5. Vedligeholdelsesstadiet (vedligeholde de aktive handlinger)
- (6.) Tilbagefaldsstadiet (kan ske i større eller mindre grad, hjælp til at komme tilbage på sporet)

For fagpersonen kan det være vigtigt at kende til borgerens parathedsstadiet i forhold til at ændre sit overforbrug/misbrug. Bevidsthed om borgerens udgangspunkt er vigtig for at kunne yde hjælp og støtte til 'det næste stadiet'. Men også til at undgå at 'kræve mere', end der er parathed til. I forhold til borgere med udviklingshæmning viste Anders Gimbel's borgerinterview, at motivationen til at komme ud af misbruget ikke var båret af en indre trang, men af noget 'udefrakommende' (Gimbel, 2012). Desuden skete beslutningen om at ophøre misbruget nærmest fra den ene dag til den anden. Der ser med andre ord ud til at beslutningsstadiet og handlingsstadiet fylder mest i de interviewedes fortællinger, hvorimod de to overvejelsesstadier ikke fremtræder særligt tydeligt i fortællingerne. Dette forhold kan have betydning for tilrettelæggelse af motivationsarbejdet.

Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anderkendende Pædagogik (KRAP)

Flere kommuner er begyndt at anvende KRAP i det socialpædagogiske arbejde med borgere med særlige problemstillinger¹⁷. Ligesom den motiverende samtale bygger KRAP på en anerkendende og ressourcefokuseret tilgang til borgeren. Der er udgivet flere lærebøger omkring KRAP, der er et varebeskyttet koncept, udviklet af PsykologCentret (Metner, L. et. al., 2008, 2013). Til at understøtte KRAP-tilgangen i det socialpædagogiske arbejde, er der udviklet flere redskaber til:

- registrering og afdækning af en problemstilling,
- analyse og forståelse af en problemstilling,
- ændring og udvikling for borgerens problemstilling.

Alle redskaber kan downloades fra PsykologCentrets hjemmeside, og flere vil være velegnede i det socialpædagogiske arbejde med borgere med udviklingshæmning med et overforbrug/misbrug¹⁸.

3. Læring og mestring

I både den danske og internationale litteratur er et tilbagevendende kritikpunkt af det generelle behandlingstilbud, at borgere med udviklingshæmning ikke profiterer af det (Gruber og Andersen, 2001,

¹⁷ Socialstyrelsen står for opsamling af erfaringer i flere kommuner i et projekt der afsluttes i 2018.

¹⁸ Mange af KRAP's skemaer og redskaber kan downloades fra dette site: <http://krap.com/download-site/>

Slayter, et.al, 2009). Der er behov for større grad af tværfagligt samarbejde, så indsatsen er samordnet med den støtte borgeren ellers modtager i hverdagen.

Der findes flere tværfaglige metoder og redskaber til dette formål, men her skal kun nævnes nogle få, der er beskrevet med direkte reference til misbrugsbehandling.

Piktogrammer, film og spil

De fleste undersøgelser påpeger, at der mangler materiale til misbrugsbehandling samt forebyggelse, der er målrettet udviklingshæmmedes behov. I litteraturen er det sparsomt med henvisninger til konkrete materialer. Generelt peges der på materiale, som bygger på billeder og film frem for tekst. For eksempel er anvendelsen af piktogrammer eller flasker med forskellige labels afprøvet i Holland som led i misbrugsbehandling (Duijvenbode, N et.al, 2012.). Marte Meo, som ser på interaktion og gestik via video-filmning, er en anden metode som foreslås. Neuropsykologisk forskning peger på, at disse hjælpemidler er effektfulde i forhold til lagring af ny viden i forhold til funktionsniveauet (Hart, 2006). I det hele taget har den neuroaffektive tilgang vundet større udbredelse i de seneste år (Carl, 2007). Det er derfor sandsynligt, at nogle af de neuroaffektive træningsmetoder og redskaber også vil kunne anvendes på misbrugsområdet. Der er ikke været søgt på denne forskningslitteratur, men det kunne være et område til fremtidig undersøgelse.

De visuelt orienterede materialer er også velegnede i det generelle forebyggelsesarbejde. Gruber og Andersen påpeger, at mange udviklingshæmmede aldrig har fået den generelle information om rusmidler, som de fleste danskere modtager gennem div. forebyggelsesindsatser fx på uddannelsesinstitutioner. Det kan derfor anbefales at udvikle materiale til forebyggelse med fokus på konkret viden om rusmidler og sundhed til at skabe dialog med borgerne (Gruber og Andersen, 2006). Der kan anvendes dialogspil med konkrete spørgsmål omkring fx alkohol, der skal sætte en samtale i gang mellem udviklingshæmmede og pædagoger eller behandlere (ibid).

Træning af sociale færdigheder og rollespil

Rollespil fremhæves som en socialpædagogisk metode til at undersøge borgerens tidligere erfaringer med fx at sige 'nej' til tilbud om at ryge hash eller drikke øl (Schmidt-Kristiansen, 2016). Forskellige konkrete situationer spilles igennem, hvor borgerne både kan udvikle og afprøve alternative handlemuligheder i fællesskab, og i et trykt miljø. Træningen skal føre frem til at overføre de lærte færdigheder fx 'at sige nej' til det virkelige liv. Borgeren trænes både i at se på sig selv og genkende egne reaktionsmønstre. Særlig håndtering af følelser, hvor og hvordan de opleves, rummes og håndteres, er et tema mange borgere med misbrugsproblemer oplever vanskeligheder med. Træningen kan evt. også kombineres med den generelle ADL-træning, hvor der kan være et særligt fokus forbrugsadfærd i en hverdagssammenhæng.

Belønning

Anvendelsen af belønningssystemer er afprøvet i USA i forbindelse med borgere med psykiatrisk diagnoser og misbrug (Kelly et.al, 2014). Det er i studiet ikke ekspliciteret, hvorvidt nogle borgere også havde lavt psykisk funktionsniveau. Belønningssystemet bestod af økonomiske belønninger i form af gavekort (vouchers) til lokale forretninger. Belønningen blev udløst ved fremmøde til misbrugsbehandlingen, og i forhold til antal rusmiddelfrie dage (Kelly, et.al, 2014). Gruppen der modtog belønning blev målt i forhold til en kontrolgruppe, der deltog i misbrugsbehandling uden belønning. Resultatet viste, at flere borgere deltog

i behandlingen og frafaldet blev mindre, når de modtog en belønning, end hvis de ikke fik en belønning. Da fremmøde og deltagelse i behandlingen øgede chancerne for at profitere af tilbuddet vurderes belønningssystemet positivt i undersøgelsen. I forhold til antallet af rusmiddelfrie dage var der ikke stor forskel mellem de to grupper. Tænkningen omkring belønning er en del af Contingency Management, hvilket er en behandlingstilgang, der har vundet stor udbredelse i den amerikanske misbrugsbehandling, og med dokumenteret effekt i forhold til at ophøre misbrug (Higgins et.al., 1999, 2008). Tilgangen anvender belønning som motivation for at reducere brug af rusmidler og kobler det med udvikling af borgerens forebyggelsesstrategier eller sikkerhedsplaner. Contingency Management bygger på en neurobiologisk og miljøterapeutisk forståelsesramme og kan være relevant at anvende til målgruppen, da der er klare kriterier for, hvornår belønning gives og ikke gives. Der er ikke fundet studier, hvor målgruppen udelukkende har været borgere med udviklingshæmning. Socialstyrelsen afprøver i øjeblikket tilgangen i en dansk kontekst, målrettet unge misbrugere, som en del af Stofmisbrugspakken, der blev vedtaget i 2012¹⁹.

Forskellige terapiformer og psykoedukation

Kropsterapi med fokus på grounding, afspænding og afslapning anvendes i VAMiS-projektet kombineret med musikterapi, tegneterapi og individuelle psykologsamtaler. Alle terapiformer er vurderet som anvendelige for målgruppen i forhold til at adressere lavt selvværd og selvtillid, identitetsforvirring, selvskadende adfærd, traumer, angst og stress. Kropsterapi og mindfulness foreslås som virksomme interventioner i forhold til, at mange borgere i målgruppen udviser tegn på stress og fysisk anspændthed (Didden. et.al., 2009). Nogle steder tilbydes øreakupunktur (NADA) som en del af behandlingstilbuddet, men der er ikke fundet studier i forhold til borgere med udviklingshæmning²⁰. Psykoedukation anvendes i VAMiS-projektet i forhold til at informere om og støtte borgerne i en større selvindsigt og forståelse for egne vanskeligheder (Schmidt-Kristiansen, 2016).

Fokus på tværfaglig viden og samarbejde samt den professionelles rolle

Som fagperson kan det at arbejde med udviklingshæmmede med et misbrug og evt. en psykiatrisk diagnose være udfordrende og meget komplekst, uanset hvilken sektor man arbejder i. Der er lavet undersøgelser af, hvordan forskellige faggrupper navigerer i forhold til målgruppen og problemstillingen.

Som tidligere nævnt peger både danske og internationale studier på, at der mangler viden om misbrug og udviklingshæmning (Gruber, Andersen, 2006, Degenhardt, 2000, Taggart et.al. 2006, Gimbel, 2012). En konsekvens af manglende tværfaglig viden og samarbejde er, at borgere med udviklingshæmning med et misbrug ofte ikke har kunnet få hjælp og professionel behandling, og er blevet efterladt i en uafklaret situation (Gruber og Andersen, 2001, 2006b McGillicuddy, 2006, Day, et.al., 2005, Slayter, 2009). Men det udfordrer også fagligheden og den professionelle rolle for personalet i de pågældende sektorer.

¹⁹ <https://socialstyrelsen.dk/projekter-og-initiativer/voksne/metodeprogram-pa-stofmisbrugsområdet>

²⁰ Gruber og Andersen (2006b) referer til at institutionen Sødisebakke i Region Nordjylland har gode erfaringer med at anvende øreakupunktur til udtræning af udviklingshæmmede, der har været afhængige af benzodiazepiner – især borgere, der har svært ved at indgå i tætte relationer.

For det pædagogiske personale kan det være vanskeligt at navigere mellem at lade borgeren have et uhensigtsmæssigt forbrug, som et selvstændigt valg, og samtidig kunne arbejde pædagogisk med borgeren fx i forhold til at tilbyde indhold eller struktur i hverdagen. Oplevelsen af at være 'vidne' eller 'tilskuer' til et andet menneskes selvdestruktive adfærd kan være voldsomt grænseoverskridende, og føre til en oplevelse af magtesløshed eller frustration (Gruber og Andersen, 2006a, Gimbel, A., 2012). Pædagogen kan opleve at 'gøre noget forkert' i sit arbejde, eller at 'fejle' i sit faglige skøn, og dermed se borgerens misbrug som et personligt fagligt nederlag, hvor den professionelle dømmekraft kommer ud af kurs. Sundhedsfagligt personale kan til gengæld have 'berøringsangst' med målgruppen, og ekskludere borgerne fra behandling med henvisning til, at der ikke findes relevante tilbud, og derved stigmatisere borgerne.

I litteraturen peges der især på nogle overordnede temaer, det er vigtigt løbende at have fokus på i en personalegruppe, der arbejder med borgere med udviklingshæmning med et misbrug: medmisbrug og stigmatisering.

"Medmisbrug"

Medmisbrug er en betegnelse, der anvendes indenfor den danske misbrugsbehandling. Medmisbrug er særlig relevant for socialfagligt personale, der i det daglige arbejde har en tæt, og nogen gange næsten familielignende relation til borgeren. Medmisbrug betyder, at fagpersonalet selv bliver en del af misbrugsmønstret. Det skal forstås på den måde, at de kan få oplevelsen af at blive snydt og bedraget og reagerer med følelser som vrede, opgivelse og resignation, eller begynder at tage ansvaret for misbrugerens problemer og bliver kontrollerende. Det bliver medmisbrugerens, dvs. pædagogens, projekt at få borgeren ud af misbruget - ikke borgerens (Gruber og Andersen, 2006b). Fagpersonalets egne følelser og normer kommer til at dominere i forhold til borgerens misbrug og den pædagogiske indsats sløres. Borgeren kan opfatte støtten som en direkte trussel mod adgangen til alkoholen eller stoffet, hvilket kan skabe mange konflikter og i værste fald trusler og vold.

Medmisbrug er ikke et begreb, der almindeligvis anvendes i den pædagogiske verden. Men ved at skabe en bevidsthed om, hvordan man reagerer på misbruget og hvilken adfærd man udviser som fagperson, er der større sandsynlighed for at forblive professionel i relationen til borgere med udviklingshæmning og misbrug.

Handlemønstre i pædagogisk praksis

Et igangværende studie har undersøgt fagpersonales håndtering af og holdninger til misbrug blandt borgere i botilbud. Der gives et bud på en generel forståelsesramme for typiske handlemønstre for fagpersonale, der har med komplekse borgere at gøre. Der peges på tre generelle mønstre, som fagpersonalet benytter²¹:

- 1) handletrang
- 2) handletvang
- 3) handlefrygt

²¹ De tre begreber er præsenteret af Charlotte Vange Løvstad fra VIA University College Aarhus på en misbrugskonference i Region Midtjylland februar 2017 og indgår i et igangværende forskningsprojekt.

Når *handletrang* er mønstret vil personalet gerne gøre noget for at ændre misbruget, men forsøger at lade være, fordi de godt ved at borgeren har ret til at bestemme over eget liv. Men det er vanskeligt for fagpersonen at være 'tilskuer' til misbruget, så der kan afprøves mange forskellige indsatser og tiltag, som måske ikke lykkes. Det kan medføre en risiko for, at fagpersonen med tiden mister tålmodigheden over for den "utaknemlige borger" som vedkommende gør så meget for. Borgeren risikerer at blive pålagt ansvaret for fiaskoen, da fagpersonen har gjort alt, hvad der kunne forventes af dem. Udfordringen, når handletrangen opstår, er at det faglige arbejde bliver sløret af personlige værdier og normer, bl.a. fordi der mangler viden om problemstillingen.

Når *handletvang* er mønstret er der tale om, at personalet mener de *skal* handle og sætte ind over for borgerens misbrug. Retsbevidstheden og det 'moralske kompas' gør, at personalet føler sig kaldet til at gøre noget. Risikoen er, at borgeren udsættes for overregulering, begrænsninger og kontrol som virker krænkende og stigmatiserende.

Når *handlefrygt* er mønstret fremstår personalet som handlingslammede. Fagpersonen tænker over, hvad de *kan* gøre ved misbruget, men undlader at handle. De undskylder og kommer med legitime forklaringer på, hvorfor der ikke kan gøres noget for borgeren nu og her. Udfordringen er, at borgeren ikke får den hjælp, som vedkommende har brug for. På sigt fastholder det borgeren i en stigmatiseret position og i oplevelsen af, at der ikke er nogen hjælp at få.

De forskellige handlemønstre er vigtige at være opmærksomme på i den professionelle rolle. Det kræver at fagpersonen løbende reflekterer over, hvad der er på spil i relationen til den enkelte borger, men også i personalegruppen. Tilbud om fx supervision, etisk refleksion eller andre refleksionsrum kan give mulighed for, at medarbejderne kan bearbejde svære følelser og fokusere på det pædagogiske arbejde. Men også at erkende, hvornår det er relevant at involvere behandlerfaglighed i vurderingen af borgerens situation. Gruber og Andersen argumenterer for, at netop de tætte relationer til borgeren er en af de vigtige grunde til, at det er nødvendigt at involvere en professionel misbrugsbehandler i arbejdet omkring borgerens problemstilling (2006a). Det at der er mulighed for, at personalegruppen drøfter og finder et fælles ståsted omkring brug af rusmidler, er et andet vigtigt element i både det faglige og organisatoriske arbejde. Hvis personalet har en meget forskellig holdning til brugen af rusmidler, kan der opstå splittelse i gruppen og forvirring hos borgerne. Personalegruppen kan i fællesskab udarbejde en lokal rusmiddelpolitik eller bidrage til en overordnet politik i kommunen.

Stigmatisering

Stigmatisering af borgere med misbrug, udviklingshæmning og psykiatriske problemstillinger blandt sundhedsfagligt personale er en anden problemstilling, flere internationale studier har dokumenteret. Et engelsk studie har specifikt set på studerende ²²under uddannelse i sundhedsfag, og deres holdning til at skulle behandle borgere med udviklingshæmning med misbrug (Boyle et al., 2010). Grundlæggende siger studiet noget om, hvordan sundhedspersonale møder borgere med misbrug. Blandt de studerende var der

²² I alt 548 studerende på grunduddannelsen deltog i undersøgelsen fra fag som: læger, sygeplejersker, jordemødre og fysioterapeuter.

en generel opfattelse af, at "der ikke var meget de ville kunne hjælpe den slags patienter med" og en stor del gav udtryk for, at "den slags patienter irriterer mig"(ibid). Et tydeligt mønster i undersøgelsen, som også kendes fra andre undersøgelser²³ var, at de studerendes hensyn, medfølelse og empati til borgeren faldt markant, når der var tale om behandling af borgere med en selvpåført tilstand. Det at tilstanden var fremkommet ved borgerens personlige valg (misbrug af rusmidler) bevirkede, at de studerende tog afstand fra borgeren.

En undersøgelse blandt praktiserende læger i England viser, at der heller ikke kunne spores en villighed til at bruge tid på at efteruddanne sig, for mere effektivt at kunne behandle målgruppen (Gill, F et.al., 2002). Indenfor forskningen i psykiatrien findes der mange studier af, hvordan psykiatribrugere føler sig stigmatiseret i sundhedssektoren og samfundet generelt. Konsekvensen af dette er bl.a., at borgerne ikke opsøger behandling, skammer sig over deres misbrug, føler personalet er fordømmende og generelt oplever en dårligere hjælp (Link et.al 1997).

Hvor der spores en stigmatiserende holdning til borgere med misbrug i det generelle sundhedsvæsen i de internationale studier, påpeger Gruber og Andersen, at der ses et lignende mønster i de danske kommunale behandlingstilbud i forhold til borgere med udviklingshæmning. De konkluderede i deres undersøgelse fra 2001, at stort set ingen borgere med udviklingshæmning med et misbrug modtog egentlig behandling inden for rammerne af det almindelige misbrugsbehandlingssystem (Gruber og Andersen, 2001). De fandt to årsager til den manglende behandling. Dels at borgere med udviklingshæmning (og støttekontaktpersoner) blev afvist, når de henvendte sig til behandlingssystemet pga. manglende relevant tilbud. Og dels at der herskede en slags 'gør-det-selv-mentalitet' blandt pædagoger i bo- og støttetilbud for udviklingshæmmede. Den manglende behandlingsindsats betragter de som et udtryk for diskrimination af udviklingshæmmede med misbrugsproblemer (Gruber & Andersen, 2001, 2006b). Anbefalingen fra deres studie var at udvikle en indsats, der kunne leve op til det handicappolitiske sektoransvar og handicapkonventionen (ibid).

Der er ikke fundet nyere studier²⁴, der viser at situationen har ændret sig markant på området siden 2001, når det handler om tilbud til borgere med udviklingshæmning med et misbrug i det generelle behandlingssystem. I nogle kommuner er der dog opstået tilbud om kurser og efteruddannelse til pædagogisk og sundhedsfagligt personale, der arbejder med borgere med udviklingshæmning og misbrug²⁵. Der er også i flere kommuner etableret et samarbejde mellem kommunale opholdssteder eller bosteder for borgere med misbrug og det kommunale misbrugscenter. Men der mangler undersøgelser af effekten af samarbejdet.

Tværfagligt samarbejde og behov for øget kompetenceudvikling

I 2006 blev der udviklet materiale målrettet både behandlere og socialpædagoger (Gruber og Andersen, 2006a, 2006b). Materialet der bygger på undersøgelsen af Gruber og Andersen i 2001. Et af områderne, der

²³ Fx studier omkring fedme eller selvskade.

²⁴ På nær VAMIS-projektet i Aalborg.

²⁵ Herning Misbrugscenter har afviklet kurser i samarbejde med Region Midtjylland. VAMIS-centret afholder løbende kurser rundt omkring i landet.

behandles som et særskilt emne, er det professionelle samarbejde på tværs. Her peger projekterfaringer entydigt på, at samspillet mellem misbrugsbehandler og pædagog har stor betydning for, hvorvidt et behandlingsforløb lykkes (Gruber og Andersen, 2006a).

Et opmærksomhedspunkt er den forskellige faglige tilgang pædagoger/hjemmevejledere og misbrugsbehandlere har. Lidt forenklet kan man sige, at pædagoger i tilbud til udviklingshæmmede er procesorienterede. De har fokus på menneskelig og social udvikling, handicapstøtte mv., mens misbrugsbehandlerne er mål- og resultatorienterede. De har fokus på at skadesreducere eller helt at ophøre misbruget. Gruber og Andersen mener, at denne forskel i det faglige fokus må anerkendes af begge parter, hvis samarbejdet skal fungere (2006ab). Desuden må der være tydelighed omkring mål og metoder, inden en behandlingsindsats igangsættes. Klarheden skal være til stede både hos borgeren, pædagogen og behandleren. Er målet at udvikle et kontrolleret forbrug? Helt at ophøre misbruget? Hvilke former for behandling kan komme på tale? Hvordan kan de understøttes pædagogisk i borgerens hverdagsliv? Hvor lang tid forventes indsatsen at vare? Hvilke andre aspekter må der arbejdes med? Hvilken funktion har misbruget for borgeren, og hvad kan sættes i stedet for? Hvordan involveres borgeren aktivt i beslutningen om de aktiviteter, der sættes i værk? Nogle af disse spørgsmål er det vigtigt at få afklaret, så der er en fælles tilgang til samarbejdet med og omkring borgeren.

Udover samarbejdet omkring selve behandlingsindsatsen foreslås det, at faggrupperne formidler deres særlige viden om hhv. udviklingshæmning og misbrug til hinandens personalegrupper. Der kan arrangeres temadage eller deciderede kurser omkring udviklingshæmning og misbrug, hvor personale fra den regionale psykiatri også kan tænkes ind. Behandlerne kan hjælpe det pædagogiske personale til bedre at vurdere, hvornår der er tale om et overforbrug eller misbrug hos en borger. Hvordan de italesætter dette overfor borgeren. Desuden har behandleren en specialviden om forskellige rusmidler og deres virkning, som kan være vigtig at kende til for det pædagogiske personale.

Det pædagogiske personale kan give behandlere en indsigt i borgernes funktions- og kognitionsniveau. Hvordan der bedst kommunikeres med borgerne, og hvordan en behandlingsindsats bedst koordineres og integreres i borgernes hverdagsliv. Hvis psykiatrien inddrages i efteruddannelse eller temadag, vil de kunne bidrage med indsigt i psykiatriske diagnoser og reaktionsmønstre, der karakteriserer forskellige diagnosegrupper.

Tværasektorielt samarbejde og servicetilbud

Generelt tegner der sig et mønster af, at de fleste studier konkluderer, at der er mangel på tværfagligt og tværasektorielt samarbejde, og samtidig opfordres der typisk til at etablere nye modeller og samarbejdsformer.

I anbefalingerne fra en række forsøgsprojekter på Sjælland i perioden 2002-06 påpeges det, at en forudsætning for en god behandlingsindsats er, at medarbejdere fra sundheds- og socialektoren har et velfungerende samarbejde omkring borgeren, og at borgeren er motiveret for at ændre på sin misbrugsadfærd (Gruber og Andersen, 2006b).

Problemstillingen omkring manglende samarbejde omkring borgeren er også karakteristisk for det generelle misbrugsbehandlingsområde. Rent lovgivningsmæssigt hører misbrugsbehandling under forskellige områder. Alkoholbehandling tilbydes efter Sundhedslovens §141, og stofmisbrug behandles efter Servicelovens §101. Allerede her kan der identificeres et behov for større fokus på tværs af fx sundheds- og socialektorerne, da mange borgere ofte har et blandingsmisbrug.

Det er bl.a. baggrunden for, at Socialstyrelsen i 2016 udarbejdede nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling²⁶. Formålet var at give kommunerne et fælles grundlag til at tilbyde en indsats, som bygger på forskning og gode praksiserfaringer på området. Retningslinjerne omhandler ikke borgere med udviklingshæmning som et selvstændigt indsatsområde, men fremhæver generelle behov for at understøtte en tilrettelagt indsats, der har fokus på recovery og rehabilitering (Socialstyrelsen:2016). Især fremhæves det, at social stofmisbrugsbehandling er en koordineret og helhedsorienteret indsats, hvor der er fokus på andre dimensioner af borgerens liv end misbruget fx hjemløshed, beskæftigelse, økonomiske og familielivsproblemer samt borgerens egen aktive inddragelse i sine problemstillinger.

Herudover anbefales det, at der fra organisatorisk side skabes et formaliseret samarbejde via skriftlige samarbejdsaftaler, der fastlægger nogle overordnede rammer, der beskriver roller og forventninger i sektorerne, som grundlag for et godt samarbejde på tværs (Gruber og Andersen, 2006b). Her må Sundhedsaftalerne anses for at være en oplagt tværsektoriel ramme at formalisere samarbejdet under.

I den internationale litteratur fremhæves det tværsektorielle samarbejde også som et af kardinalpunkterne for effektivt at hjælpe udviklingshæmmede med deres misbrug (Day, Huxley, & Copello, 2005). Men samtidig fremhæves det, at der findes få eksempler på, at det forekommer på en velfungerende måde. En af problemstillingerne er at 'placere' målgruppen. Er de først og fremmet udviklingshæmmede med et misbrug, eller er de misbrugere som har et funktionshandicap? Hvis der også er en psykiatrisk diagnose involveret, skal misbruget så først ophøre før den psykiatriske behandling kan få en effekt? Det kan være nogle af de tværfaglige spørgsmål, der stilles og findes forskellige svar på. Resultatet er i værste fald en udpræget 'silotænkning' - at der ikke er nogen, der reelt tager 'ejerskab' af målgruppens problemstilling i forhold til sektor og faggrupper (Day, Huxley, & Copello, 2005).

En løsning kunne være at tilbyde misbrugsbehandling på det specialiserede socialområde, så misbrugsbehandlingen bliver et integreret tilbud på socialområdet (Slayter, et. al , 2009). Behandlingen kunne derved lettere tage udgangspunkt i borgerens hverdagskontekst på botilbuddet eller i det lokale støttecenter, så de ikke behøvede at skulle møde en ny behandlingskontekst fx på rusmiddelcentret (ibid). Det anbefales at en mentor (fx bostøttemedarbejder) eller et familiemedlem deltager i sessionerne (Hammink et al., 2015). Socialpædagogen kan have en brobygningsfunktion og agere som 'tolk' i forhold til at oversætte misbrugsbehandlingen, så viden, information og budskaber bliver forstået af borgeren og samtidig kan overføres til borgerens hverdagssituation (Slayter, et. al, 2009).

²⁶ <https://socialstyrelsen.dk/voksne/stof-og-alkoholmisbrug/stofmisbrugsbehandling>

Opsamling og anbefalinger til fremtidige indsatser

Litteraturgennemgangen peger overordnet på 4 forhold, som er væsentlige at tænke ind i tilrettelæggelsen af et socialt behandlingstilbud for udviklingshæmmede med et overforbrug/misbrug af alkohol eller andre rusmidler:

1. Fokus på misbrugets funktion og årsager i det pædagogiske arbejde

Der bør prioriteres ressourcer til at lave en grundig udredning, screening og analyse af borgerens samlede situation, hvis dette ikke forelægger. Kendskabet til borgerens psykiske funktionsniveau, sociale anamnese, generelle trivsel og misbrugsadfærd er centralt for at kunne tilrettelægge en helhedsorienteret social misbrugsbehandling, der matcher den enkelte borgers situation og behov. I det pædagogiske arbejde er kortlægning og analyse af borgerens misbrugsadfærd et vigtigt led i at kunne forstå, hvilken funktion misbruget har for borgeren, og hvilke negative livserfaringer der kan være årsager til misbruget. Denne viden vil danne et godt grundlag for vurdering af, hvilke interventioner der vil kunne iværksættes for at hjælpe borgeren. I det tidlige forebyggende arbejde vil udredning og analyse også kunne rette opmærksomhed mod særligt udsatte borgere, der har en høj risikoprofil i forhold til at kunne udvikle et misbrug, fx udviklingshæmmede unge mænd med en psykiatrisk diagnose og borgere som har været seksuelt udnyttede - især udviklingshæmmede kvinder.

2. Tilpasning af virksomme indsatser i misbrugsbehandlingen i forhold til borgerens behov og kognitive funktionsniveau

Hvis borgere med kognitiv funktionsnedsættelse skal kunne profitere af den kommunale misbrugsbehandling, må eksisterende metoder og terapiformer tilpasses borgerens kognitionsniveau og individuelle situation. Det gælder både form (korte sessioner) og kommunikationen (fx korte sætninger, konkrete spørgsmål). Herudover må tilgangen til samarbejdet med borgeren ikke være stigmatiserende. Motiverende og anderkendende metoder bør inddrages og anvendes i et tværfagligt samarbejde omkring borgeren, således at behandlingsindsatsen kan videreføres i det daglige pædagogiske arbejde med borgeren. Der findes meget lidt materiale udarbejdet til forebyggelse og behandling af borgere med kognitiv funktionsnedsættelse. Der kan med fordel udvikles visuelt materiale fx piktogrammer og video til målgruppen med information omkring rusmidler og deres skadeseffekt. Dialogspil og rollespil har også vist sig at være egnede metoder til at arbejde med målgruppen i både behandlings- og forebyggelsesøjemed.

3. Fokus på tværfaglig viden og samarbejde samt den professionelles rolle

Et velfungerende tværfagligt samarbejde mellem behandlere og pædagoger er helt afgørende for at kunne hjælpe borgere med udviklingshæmning med deres misbrug. Det betyder, at der er behov for at tilbyde tværfaglig kompetenceudvikling i forhold til målgruppen og problemstillingen. Pædagogisk personale har brug for viden om rusmidler og misbrugsadfærd, samt træning i dialog med borgeren om problemstillingen. Behandlere har behov for viden om udviklingshæmmede og deres kognitive funktionsniveau samt træning i kommunikation med målgruppen. Da mange borgere også lider af psykiatriske problemstillinger bør viden fra dette fagområde også inddrages i den sociale stofmisbrugsbehandling. Herudover kan der være behov for løbende supervision, etisk refleksion eller lignende tiltag, hvor pædagogisk personale, der ofte udvikler en tæt relation til borgeren, løbende forholder sig til egen reaktion på borgerens misbrug. Behandlere bør

ligeledes løbende reflektere over og træne, hvordan de møder borgere med udviklingshæmning på en ikke stigmatiserende måde. Der bør løbende være fokus på at efteruddanne personale i forhold til anerkendende og motiverende metoder samt konkrete terapiformer, der anses for at være relevante i forhold til målgruppen.

4. Sikre tværsektorielt og organisatorisk samarbejde

Da misbrugsområdet hører under forskellige lovgivningsområder hhv. Sundhedsloven og Serviceloven bør der være fokus på det tværsektorielle samarbejde, så misbrugsbehandlingen integreres i en helhedsorienteret indsats omkring og med borgeren. Der kan med fordel indgås formaliserede aftaler internt i kommunen mellem relevante forvaltninger, eller mellem kommuner og regioner via Sundhedsaftalerne. Misbrugsbehandlingen kan evt. tilbydes i det specialiserede socialområde, fx støttecentre eller på bosteder, frem for misbrugscentret så borgeren befinder sig i trygge omgivelser. Det vil desuden være relevant at udvikle lokale politikker eller retningslinjer i organisationen omkring anvendelse af rusmidler.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostiske kriterier DSM-5 Håndbog. Hogrefe, Psykologisk Forlag.
- Carl, J. (2007). Bro over to forskningsområder. *Psykolog Nyt* nr. 23.
- Carroll Chapman, S. L., & Wu, L. (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*(4), 1147-1156.
- Day, E., Huxley, A., & Copello, A. (2005). Substance misuse and the need for integrated services. *Learning Disability Practice, 8*(6), 14.
- Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and an intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25*(2).
- Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities, 30*(5).
- Doyle, M., Williams, B., Brown, T., Molloy, A., KcKenna, L., Molloy, E & Lewis, B. (2010). Attitudes of undergraduate health science students towards patients with intellectual disability, substance abuse, and acute mental illness: a cross-sectional study. *BMC Medical Education 10* (71).
- Duijvenbode, N. Didden, R, Bloemsaat, G, Rutger, C, Engels, E. (2012): Problematic alcohol use and mild intellectual disability: Standardization of pictorial stimuli for an alcohol cue reactivity task. *Research in Developmental Disabilities 33*.
- Duijvenbode, N. v., Nagel, J. E. L. v. d., Didden, H. C. M., Engels, R. C. M. E., Buitelaar, J. K., Kiewik-de Vries, M., & Jong, C. A. J. d. (2015). Substance use disorders in individuals with mild to borderline intellectual disability: Current status and future directions. *Research in Developmental Disabilities, 38*.
- Frielink, N & Embregts, P.(2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual & Developmental Disability (38* (4).
- Gill, F, Stenfert, K.B., Rose, J. (2002). General practitioners' attitudes to patients who have learning disabilities. *Psychol. Med. 32*.
- Gimbel, A (2012a). Udviklinghæmning og misbrug. Misbrugsbehandling i et pædagogisk perspektiv. Interviews. Region Midtjylland. Psykiatri og Social.
- Gimbel, A (2012b). Udviklinghæmning og misbrug. Misbrugsbehandling i et pædagogisk perspektiv. Region Midtjylland. Psykiatri og Social.

- Gruber, T & Andersen, J (2001). Misbrug uden behandling. Udviklingshæmning og misbrug. Formidlingscenter Øst.
- Gruber, T & Andersen, J (2006a). Alkoholmisbrug, forebyggelse og behandling. Et hæfte for pædagoger og andre ansatte i bo- og servicetilbud for udviklingshæmmede. UFC Handicap.
- Gruber, T & Andersen, J (2006b). Forebyggelse, behandling og tværfagligt samarbejde. Et hæfte til behandlere, konsulenter og andre ansatte i alkoholbehandlings- og forebyggelsestilbud. UFC Handicap.
- Guldager, S., Linneberg, I. H., & Hesse, M. (2012). Order of age at onset for substance use, substance use disorder, conduct disorder and psychiatric illness. *Mental Health and Substance Use*
- Hammink, A., VanDerNagel, J., & van de Mheen, D. (2015). Dual disorders: Mild intellectual disability and substance abuse. *Co-Occurring Addictive and Psychiatric Disorders*.
- Hart, S.(2006). Hjerne, samhørighed, personlighed. Introduktion til neuroaffektiv udvikling. Hans Reitzels Forlag, København.
- Higgins, T & Petry, N (1999). Contingency Management. Incentives for Sobriety. *Alcohol Research and Health vol.23 no.2*.
- Higgins, T, Silverman, K & Heil, S. (2008). Contingency Management in Substance Abuse Treatment. Guilford Press, NYC.
- Kelly, T., Daley, D., Douaihy, A.B.(2014). Contingency Management for Patients With Dual Disorders in Intensive Outpatient Treatment for Addiction. *Journal for Dual Diagnosis, 10(3)*.
- Link, B.G., Struening, E.L., Phelan, J.C., Nuttbrock, L.(1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of Health and Social Behaviour 38 (2)*.
- McGillicuddy, N. B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 12(1), 41-47*.
- Metner, L . & Storgård, P. (2008): Kognitiv, Ressourcefokuseret og Anerkendende Pædagogik. Dafolo.
- Metner, L . & Bilgrav, P. (2013): KRAP – Metoder og redskaber. Dafolo.
- Michie, S., Stralen, M., West, R. (2011). The Behaviour Change Wheel. A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science 6 (42)*.
- Michie, S., Atkins, L., West, R.(2014). The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions. Silverback Publishing, GB.

- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivationsamtalen*. København, Hans Reitzels forlag.
- Nagel, J. E. L. v. d., Kiewik-de Vries, M., Postel, M. G., Dijk, M. K. v., Didden, H. C. M., Buitelaar, J. K., & Jong, C. A. J. d. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities, 35*(4).
- Rosdahl, G. (2013). *Den motiverende samtale i teori og praksis*. Munksgaard.
- Schmidt-Kristensen, I (2016). *Evaluering af VAMiS. Projektperioden 2014-16*. Aalborg Kommune, Fagcenter for særlige tilbud. December.
- Shawna I, Champan, C, Wu, L (2012). Substance abuse among individuals with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities 33*.
- Slayter, E. (2008). Understanding and Overcoming Barriers to Substance Abuse Treatment Access for People with Mental Retardation. *Journal of Social Work in Disability and Rehabilitation, 7* (2).
- Slayter, E., & Steenrod, S. A. (2009). Addressing alcohol and drug addiction among people with mental retardation in nonaddiction settings: A need for cross-system collaboration. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 9*(1).
- Socialstyrelsen (2016). *Nationale retningslinjer – for den sociale stofmisbrugsbehandling*.
- Swerts, C., Vandeveldel, S., VanDerNagel, J. E. L., Vanderplasschen, W., Claes, C., & De Maeyer, J. (2016). Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in flanders. *Research in Developmental Disabilities*.
- Taggart, L., McLaughlin, D., Qinn, B. & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research 50* (8).
- Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & McFarlane, C. (2007). Listening to people with intellectual disabilities who misuse alcohol and drugs. *Health & Social Care in the Community, 15*(4).
- To, W., Neiryck, S., Vanderplasschen, W. Vanheule, S & Vandeveldel. S. (2014). Substance use and misuse in persons with intellectual disabilities (ID). Results of a survey in ID and addiction services in Flanders. *Research in Developmental Disabilities 35* (1).
- Vandernagel, J. E., Kiewik, M., Postel, M. G., Dijk, M., Didden, R., Buitelaar, J. K., & Jong, C. A. J. d. (2014). Capture recapture estimation of the prevalence of mild intellectual disability and substance use disorder. *Research in Developmental Disabilities, 35*.
- Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV. Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition*. Pearson.
- WHO (2005).), *ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikationer og Diagnostiske kriterier*. Munksgaard Danmark.